



Система захисту та адвокатури Каліфорнії  
[www.disabilityrightscalifornia.org](http://www.disabilityrightscalifornia.org)

Лінія для безкоштовних дзвінків: (800) 776-5746

Лінія для дзвінків з текстових телефонів (TTY): (800) 719-5798

---

### **Disability Rights California PAIMI Процедура подання Скарги на невиконання гарантій (PAIMI Assurance Grievance Procedure)**

Відповідно до вимог загальнодержавного закону організація “Disability Rights California” має встановити процедуру подання скарги для осіб, які отримали або отримують послуги від психіатричних служб, для членів родин осіб із психічними захворюваннями або представників таких осіб чи членів їх родин, щоби засвідчити, що організація “Disability Rights California” діє відповідно до постанови про Захист та адвокатуру для осіб із психічними захворюваннями, розділ 42, стаття §10805(a)(9) Зводу законів США (Protection and Advocacy for Mentally Ill Individuals Act, 42 U.S.C. §10805(a)(9)).

Особа, яка вважає, що організація “Disability Rights California” порушила будь-яку з нижче наведених державних гарантій, має право на подання скарги відповідно до існуючого положення про процедуру подання Скарги на невиконання гарантій (Assurance Grievance Procedure), якщо ця особа є:

1. Особою, яка отримує або отримала послуги від психіатричних служб;
2. Член родини особи, яка отримує або отримала послуги від психіатричних служб; або
3. Представник особи, яка отримує чи отримала послуги від психіатричних служб.

Державними гарантіями передбачено, що організація “Disability Rights California” повинна:

1. Бути незалежною від надавачів послуг;
2. Мати правоздатність щодо захисту прав та адвокатури;
3. Мати навчений персонал;
4. Мати повноваження щодо розслідування заяв про жорстоке поводження та невиконання обов’язків;

5. Мати повноваження домагатися правових, адміністративних та інших належних коригуючих заходів;
6. Мати доступ до клієнтів, офіційних записів та установ;
7. Зберігати конфіденційність інформації;
8. Не вживати щодо захисту клієнтів заходів, що дублюють заходи, вжиті законним опікуном, захисником або іншим представником клієнта, окрім штату, якщо тільки такі законні представники не подали запит про допомогу до організації "Disability Rights California";
9. Використати усі можливі адміністративні засоби перш ніж вдаватися до правових заходів, за винятком непередбачуваного випадку чи критичного становища;
10. Мати численну раду правління, члени якої разом працюють над розвитком пріоритетів, і до складу якої входять широко уповноважені представники клієнтів та голови консультативної ради організації "Disability Rights California";
11. Мати консультативну раду, яка надає пропозиції щодо курсу та пріоритетів, на 60% складається з одержувачів послуг, колишніх одержувачів або членів їх родин, і укладає розділ Щорічного звіту;
12. Надавати громадськості можливість коментувати визначені пріоритети;
13. Використовувати судові вердикти для сприяння досягненню цілей, визначених у загальнодержавному законі; та
14. Використовувати державні асигнування, щоби доповнити, а не усунути, недержавні джерела фінансування.

Особа, яка вважає, що організація "Disability Rights California" порушила будь-яку з цих гарантій, може подати письмову скаргу на ім'я Виконавчого Директора (Executive Director), використовуючи форму організації "Disability Rights California" для Скарги на невиконання гарантій (Assurance Grievance form). Скарга має бути надіслана до:

Executive Director  
Disability Rights California  
100 Howe Avenue, Suite 185 North  
Sacramento, CA 95825

**ВИКОНАВЧИЙ ДИРЕКТОР МОЖЕ ДОРУЧИТИ ГОЛОВІ СУДОВОГО ПРОЦЕСУ (DIRECTOR OF LITIGATION) АБО ІНШОМУ СПІВРОБІТНИКУ ОРГАНІЗАЦІЇ "DISABILITY RIGHTS CALIFORNIA" ПРОВЕСТИ ВІДПОВІДНИЙ ПРАВОВИЙ АНАЛІЗ СКАРГИ. ВИКОНАВЧИЙ ДИРЕКТОР ВИДАСТЬ ПИСЬМОВЕ РІШЕННЯ ЩОДО РОЗГЛЯДУ СКАРГИ НАНЕВИКОНАННЯ ГАРАНТІЙ УПРОДОВЖ 30 ДНІВ ВІД ДНЯ ЇЇ ОТРИМАННЯ.**

**PAIMI ФОРМА СКАРГИ НА НЕВИКОНАННЯ ГАРАНТІЙ  
(PAIMI Assurance Grievance Form)**

Ваше ім'я:

Ваша адреса:

Номер телефону, за яким Вам можна зателефонувати впродовж дня:  
(    )

Ваша електронна адреса:

Я [Позначте відповідний рядок]:

Особа, яка отримує або отримала послуги від психіатричних служб.

Член родини особи, яка отримує або отримала послуги від психіатричних служб.

Представник особи, яка отримує чи отримала послуги від психіатричних служб, або члена родини такої особи

Я вважаю, що організація "Disability Rights California" порушила наведені нижче гарантії, що зазначені у постанові про Захист та адвокатуру для осіб із психічними захворюваннями, розділ 42, стаття 10805(a)(9) Зводу законів США (Protection and Advocacy for Individuals with Mental Illness Act, 42 U.S.C. Sec. 10805(a)(9)):

Підставою для скарги є:

Датовано \_\_\_\_\_

Особою \_\_\_\_\_

Підпис \_\_\_\_\_

Заповнену форму надсилати за адресою:

Executive Director  
Disability Rights California  
100 Howe Ave., Suite 185N  
Sacramento, CA 95824  
Fax: (916) 488-9962  
E-mail: [executivedirector@disabilityrightsca.org](mailto:executivedirector@disabilityrightsca.org)